A Monsieur le Professeur Brouardel,
hommage très-respectueux,
Charmeil

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur P. CHARMEIL

AGRÉGÉ DES FACULTÉS DE MÉDECINE

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A L'UNIVERSITÉ DE LILLE



LILLE

LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

25, Rue Nicolas Leblanc, 25

—

1898

I. — TITRES

Externe des hôpitaux de Lyon (1881-1883).

Interne des hôpitaux de Lyon (1883-1887).

Docteur en médecine (Mention honorable de la Faculté de Médecine de Lyon), 1887.

Chef de Clinique médicale de la Faculté de Médecine de Lyon (1889-91).

Agrégé des Facultés de Médecine (Section de pathologie interne et de médecine légale), 1895.

Chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile, à la Faculté de Médecine de Lille (1er novembre 1895).

Chargé d'un cours de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lille (1er mars 1896).

Chargé d'un cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à la Faculté de Médecine de Lille (juillet 1896).

Membre de la Société Centrale de Médecine du département du Nord (1896).

Membre de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (1898).

Membre de la Commission d'organisation du Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris, en 1900.

II. — ENSEIGNEMENT

Conférences de Séméiologie afférentes aux fonctions de chef de clinique (Faculté de Lyon — 1er novembre 1889 — 1er novembre 1891)

Cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile à la Faculté de médecine de Lille (Semestre d'hiver, 1er novembre 1895 — 1er mars 1896).

Cours de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille (Semestre d'été, 1er mars — 1er août 1896).

Objet du cours : maladies du tube digestif. — Sérothérapie — Opothérapie.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille (Années scolaires 1896-1897 et 1897-1898).

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1° INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. Thèse de Lyon 1887. (Mention honorable de la Faculté de Médecine).

II. — Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. (*Revue de Médecine*, août et nov. 1887).

III. — La gangrène pulmonaire ; sa spécificité; sa contagion. (En collaboration avec M. le Dr Bard). (*Lyon méd.* 1886).

IV. — Rétrécissement mitral. — Caillots ramollis de l'oreillette gauche, ayant déterminé des embolies qui se sont manifestées seulement par de grands accès fébriles et par de la dyspnée. (*Revue de Médecine*, 1887).

V. — Thrombose des sinus de la dure-mère chez une chlorotique. (In thèse de Proby. Lyon, 1889).

VI. — Croup. — Intubation prolongée pendant six mois. (*Bulletin médical du Nord*, 1896).

VII. — Intervention chirurgicale et particulièrement ponction rachidienne lombaire dans le cours de la méningite tuberculeuse. (*Nord Médical*, 15 février 1896).

VIII. — De l'étroitesse congénitale de l'anneau cricoïdien comme obstacle au tubage dans le traitement du croup. (In thèse de de Bonnescuelle d'Orgères. Lille, 1896).

IX. — Leçons sur l'hygiène alimentaire du nouveau-né. (*Nord Médical*, 15 août et 1er septembre 1896).

X. — Radiographie et radioscopie, leurs applications aux Sciences médicales (*Echo médical du Nord*, janvier 1897).

XI. — Syphilis et irritation (*Echo médical du Nord*, février 1897).

XII. — Un cas de lèpre mixte d'emblée (*Bulletin de la Société centrale de médecine du Nord*, 26 février 1897).

XIII. — De l'utilité de la photographie et spécialement de la photographie stéréoscopique dans l'enseignement des maladies de la peau (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

XIV. — Des gommes syphilitiques de l'amygdale et du pharynx (en collaboration avec M. le Dr Gaudier). (*Echo médical du Nord*, 1897).

XV. — Un cas intéressant de mélanodermie (en collaboration avec M. le Pr Dubar). (*Société centrale de médecine du Nord*, avril 1897.)

XVI. — Tumeur sarcomateuse du pharynx et de la langue (en collaboration avec M. le Dr Gaudier). (*Société centrale médecine du Nord*, 1897).

XVII. — Epithélioma greffé sur un lupus de la face, en trois points différents (en collaboration avec M. Boulogne). *Société centrale de médecine du Nord*, mai 1897).

XVIII. — Deux cas de lupus tuberculeux traités par le mercure à haute dose et l'iodure de potassium (*Société centrale de médecine du Nord*, mai 1897).

XIX. — Comment se comportent les exanthèmes de la syphilis et des fièvres éruptives sur les membres touchés par les affections spasmo paralytiques d'origine centrale (*Echo médical du Nord*, juillet 1897).

XX. — De l'épithéliome se développant sur un lupus (*Echo médical du Nord*, octobre 1897).

XXI. — Du traitement du lupus circonscrit par l'exérèse (*Société centrale de médecine du Nord*, 12 novembre 1897).

XXII. — Autoplastie à l'aide d'un lambeau de peau pris sur le bras, consécutive à l'ablation d'un lupus du centre de la joue (*Société centrale de médecine du Nord*, 27 novembre 1897).

XXIII. — Un cas intéressant d'altérations unguéales chez une jeune femme. Interprétation de la lésion (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

XXIV. — De la lutte contre la tuberculose (Conférence d'enseignement supérieur faite le 22 décembre 1897, résumée dans le *Bulletin de l'Université de Lille*, janvier 1898).

XXV. — Forme anormale du paramyoclonus multiplex de Friedreich (en collaboration avec M. Mouton) (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

XXVI. — Un cas de maladie des tics (en collaboration avec M. Raviart) (*Société centrale de médecine du Nord*, 1898).

XXVII. — Hémorrhagie foudroyante par perforation de l'artère splénique dans un cas d'ulcère latent de l'estomac (en collaboration avec M. Mouton) (*Société centrale de médecine du Nord*, 1898).

XXVIII. — Hémi-athétose pure consécutive à la variole chez un enfant de 11 ans (en collaboration avec M. Raviart) (*Société centrale de médecine du Nord*, juillet 1898).

XXIX. — Un cas de psoriasis atypique (*Soc. cent. de médecine du Nord*, juillet 1898).

XXX. — Recherches sur la sérothérapie de la syphilis (*Soc. cent. de médecine du Nord*, juillet 1898).

XXXI. — Du traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intra-musculaires et l'iodure de potassium à l'intérieur (*Echo médical du Nord*, 10 juillet 1898).

2° RÉSUMÉ ANALYTIQUE

A. — PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I

Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. Thèse de Lyon. 1887. (Mention honorable de la Faculté de médecine.)

II

Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. (*Revue de médecine*, 1887.)

La méthode de Moore, du nom du chirurgien anglais qui l'a préconisée en 1864, consiste dans l'introduction et l'abandon, dans l'intérieur du sac anévrysmal aortique, d'un fil métallique destiné à servir, en quelque sorte, de substratum à la formation des caillots qui amèneront l'obturation du sac anévrysmal.

Dans nos deux mémoires, inspirés par notre maître, M. le professeur Lépine, nous avons fait une étude critique de ce nouveau mode de traitement, d'après douze observations publiées à l'étranger et trois observations inédites, recueillies dans le service de M. Lépine.

Nous avons tour à tour étudié l'historique de la question; relaté les observations; discuté celles-ci ; enfin, essayé d'établir les indications et le mode opératoire de la méthode.

Sans nous astreindre à cet ordre d'exposition, nous nous contenterons d'insister sur nos faits personnels et sur les conclusions que nous pouvions en tirer.

La légitimité de la recherche d'une nouvelle méthode découlait de l'insuffisance, malheureusement trop fréquente,

du traitement médical, en particulier du régime de Tüffnell : diète restreinte, repos au lit, iodure de potassium. Nos malades avaient, du reste, été soumis à ce traitement, et nous insistions sur la nécessité de toujours débuter par l'emploi des moyens hygiéniques et médicamenteux avant de songer à recourir à une intervention plus directe.

D'autre part, nous montrions l'électro-puncture, accueillie tout d'abord avec empressement, perdre rapidement de sa faveur, cette défaveur paraissant justifiée par la brièveté des améliorations obtenues, et souvent même par un insuccès complet ; c'est ainsi que nous finissions l'examen critique de cette méthode en signalant les huit observations de Poore qui, ayant traité huit anévrysmes par l'électro-puncture, accuse huit insuccès.

Du reste, la galvano-puncture et la méthode de Moore ne sont pas exclusives l'une de l'autre : on pourra commencer par une ou plusieurs séances de galvano-puncture et ne recourir à la méthode de Moore que si les résultats sont insuffisants. C'est ce qui a été fait dans notre première observation personnelle. Ou bien, se servant comme électrode positive du fil métallique introduit dans le sac anévrysmal, faire passer le courant galvanique dans les mêmes conditions que lorsqu'on emploie l'électro-puncture seule, ainsi que l'a proposé, le premier, Barwel, en 1886.

Indépendamment des indications tirées de l'insuffisance constatée du traitement médical, de la marche extensive et rapide de la maladie ne laissant aucun espoir de survie notable si lo malade est abandonné à lui-même, on ne pourra évidemment songer à avoir recours à la méthode de Moore que si l'on se trouve en face d'un anévrysme sacciforme faisant une saillie du côté de la paroi thoracique. Un examen soigneux devra, en outre, renseigner, autant que faire se peut, sur l'état de l'aorte, sur la coexistence possible d'autres tumeurs anévrysmales intrathoraciques, conditions qui rendraient illusoire tout espoir de guérison due à l'intervention.

Les résultats obtenus dans les quinze cas que nous avons analysés ne sont pas très encourageants, puisque dans aucun la guérison n'a suivie l'intervention. Cependant il est juste d'ajouter que dans la plupart des cas le résultat clinique a été une amélioration passagère, il est vrai, se traduisant localement par un durcissement de la tumeur anévrysmale, la diminution des battements, et subjectivement par une diminution des douleurs.

Anatomiquement, l'examen des pièces a démontré que, le plus souvent, le résultat cherché avait été en partie atteint.

Pour nous en tenir à ce que nous avons observé personnellement, contentons-nous de relater une partie de l'autopsie de notre second malade :

Au centre même de la poche existait une masse de caillots de la dimension d'un œuf de dinde, caillots entourant de toutes parts les deux ressorts introduits : ces caillots fibrineux, blanchâtres, adhéraient aux deux spires introduites ; ils s'étaient si bien formés autour du ressort, qu'ils environnaient chaque tour de spire comme d'un manchon de fibrine. Les deux ressorts étaient côte à côte, dans deux plans parallèles ; les manchons fibrineux étaient plus épais autour du premier ressort introduit. Ces caillots, feuilletés, résistants, avaient tous les caractères de véritables caillots actifs.

La paroi postérieure du sac anévrysmal n'était constituée que par une couche d'une minceur extrême : elle n'avait pas un demi-millimètre d'épaisseur, et n'offrait presque aucune résistance à l'arrachement avec une pince.

L'examen semblait prouver d'une façon indiscutable qu'une rupture était imminente à ce niveau, et que c'était à la présence des caillots formés autour des corps étrangers que le malade avait dû une survie de trois semaines à partir du moment où avait été pratiquée la première intervention.

Quant aux accidents qui, de prime abord, semblaient pouvoir se produire au cours de l'opération, nous voulons par-

ler de l'hémorragie par la canule, de la syncope, de l'embolie produite par le détachement de parcelles fibrineuses, enfin de la rupture du sac consécutive à l'action du corps étranger sur la paroi au moment de l'introduction, dans aucune de nos quinze observations on ne les trouve relatés.

En ce qui concerne les accidents septico-pyohémiques, c'est par une antisepsie rigoureuse qu'on en écartera les dangers.

Si on se décide à intervenir, quel est le mode opératoire auquel on aura recours? L'opération devra comprendre deux temps.

Le premier consistera dans l'exploration de l'anévrysme avec de longues aiguilles à acupuncture, qui, dans nos deux cas personnels, s'est montrée tout à fait inoffensive, et qui renseignera sur la route à faire suivre à la canule.

Le second consistera dans l'introduction du corps étranger; on a tour à tour employé un fil métallique flexible et fin, des fils de catgut, des crins de cheval, du crin de Florence, enfin des ressorts de montre comme l'a fait, le premier, Baccelli; de la discussion à laquelle nous nous sommes livré, il résulte que le plus propice au but que l'on veut atteindre est un ressort de montre qui sera mis en place, au moyen d'une canule plate construite à cet effet.

Nous terminions notre travail en nous demandant si les améliorations seulement éphémères obtenues n'étaient pas dues à ce qu'on s'était adressé à des cas absolument désespérés, chez des individus que la cachexie anévrysmale, le volume de la tumeur extérieure, son accroissement rapide vouaient à une mort certaine.

Aussi demandions-nous, avant qu'on prononçât un verdict définitif sur la méthode, de nouvelles observations.

Ces observations ont été apportées depuis.

Les premières n'ont pas été favorables. M. le professeur Verneuil s'est montré, dans une discussion à l'Académie de médecine, l'adversaire résolu de l'emploi de ce mode de traitement.

Dans ces dernières années, les résultats obtenus à l'étranger ont été beaucoup meilleurs. Signalons les observations de Bourget et de Ziemmsen, et surtout le cas si remarquable de Rosenstim où l'opération chez un jeune homme dans un cas qui paraissait, en dehors d'une intervention directe, absolument au-dessus des ressources de l'art, a été suivie d'une guérison complète qui s'est maintenue.

Il semble donc que la méthode de Moore, en en limitant l'emploi aux cas où elle est indiquée, est susceptible de donner parfois de très bons résultats.

III

La gangrène pulmonaire. — Sa spécificité. — Sa contagion. (En collaboration avec M. le docteur Bard.) — *Lyon médical*, 1886.

Au commencement de mai 1885, entrait à l'hôpital Saint-Pothin une femme atteinte de phtisie compliquée de gangrène pulmonaire. Arrivée le 9 mai dans le service, elle y succombait le 16 mai.

Deux jours après sa mort, le 18 mai, deux autres malades de la même salle présentaient à leur tour les premiers signes appréciables d'une gangrène pulmonaire diffuse, et toutes deux étaient victimes de cette redoutable affection : elles mouraient à cinq jours d'intervalle, les 23 et 28 mai 1885.

La simple lecture de nos trois observations nous semble suffire à écarter toute idée de coïncidence pure et simple, réunissant, à un moment donné, trois cas de gangrène pulmonaire dans un même service; et il nous paraît impossible de ne pas admettre une relation de causalité bien établie entre notre premier cas et les deux suivants.

Cette notion d'une gangrène pulmonaire épidémique n'est pas admise par les pathologistes. Nous avons fait à ce sujet

de nombreuses recherches bibliographiques et nous n'avons rien trouvé de vraiment comparable à ce que nous avons observé.

La gangrène pulmonaire est loin d'être une affection rare ; on la rencontre souvent, et il est certain que ses allures sont trop spéciales pour qu'on ait pu méconnaître jusqu'ici sa contagiosité, si on avait été à même de l'observer ; il en résulte que cette contagiosité est exceptionnelle.

Mais, si exceptionnelle qu'elle soit, nos observations sont là pour démontrer d'une façon précise qu'elle est possible.

Cette possibilité de la transmission de la gangrène pulmonaire, c'est-à-dire d'une affection qui, dans la forme où nous l'avons observée, ne pardonne pas, doit, au point de vue hygiénique, amener à des considérations prophylactiques du plus haut intérêt. Aussitôt qu'une gangrène pulmonaire entrera dans un service, isolement complet et absolu qui empêchera la contagion.

La contagiosité de la gangrène pulmonaire une fois admise, est-il possible qu'elle s'exerce sur des organes sains ?

Nous sommes porté à croire qu'il est nécessaire, pour que la contagion se fasse, qu'il y ait au préalable une affection des voies respiratoires, servant de porte d'entrée au germe infectieux.

En effet, les deux malades contagionnées étaient préalablement atteintes de catarrhe chronique des bronches, et c'est seulement par le fait de cette affection préétablie qu'on peut expliquer leur réceptivité toute particulière, puisque seules elles ont été atteintes, alors que rien, en dehors de leur affection, ni la proximité de l'agent contagieux (les malades contagionnées étaient séparées de la malade qui leur a apporté la maladie par un intervalle de plusieurs lits, occupés par des femmes restées indemnes), ni une faiblesse ou une cachexie trop accusées, ne semblait les destiner à être frappées plutôt que toutes autres malades.

Au point de vue symptomatique, l'affection a été caractéri-

sée au début par une adynamie notable et l'odeur gangréneuse de l'haleine : cette adynamie s'est rapidement accompagnée d'une aphonie qui est allée s'accusant progressivement avec la faiblesse des malades. Pendant toute la durée de l'affection, les malades déclarent ne souffrir d'aucune manière. L'adynamie s'accentue en même temps que l'expectoration paraît, et évolue avec les caractères que nous venons d'indiquer : les malades finissent par succomber doucement, sans agonie, à une dyspnée sans paroxysme. Notons enfin la conservation parfaite, jusqu'à la mort, des facultés intellectuelles.

La similitude presque absolue des symptômes chez les deux malades contagionnées est un argument puissant en faveur de la spécificité de l'affection qui les a frappées.

Nous retrouvons la même similitude dans la relation des autopsies :

Dans nos trois cas, nous avons eu affaire à la forme décrite par Laënnec sous le nom de grangrène diffuse du poumon, et il est frappant de constater combien la description donnée dans le traité d'auscultation correspond de point en point aux lésions qu'il nous a été donné d'examiner : on y retrouve la friabilité du tissu pulmonaire, l'écoulement de liquide sanieux et fétide à la coupe, la coloration du parenchyme, la présence de points ramollis et tombant en deliquium putrique.

Il nous paraît difficile d'admettre qu'une affection aussi caractéristique au point de vue anatomo-pathologique et clinique que l'est l'affection qui nous occupe ne reconnaisse pas toujours la même cause, cause spécifique, à rapprocher sans doute des autres agents infectieux du même ordre. Aussi, pour élucider ce problème, nous étions-nous livré dans un cas à deux expériences.

Nous avons fait avec de la sérosité prise au niveau des parties sphacélées du poumon de notre troisième malade, deux injections à deux cobayes. L'une a été faite dans le pa-

renchyme pulmonaire : ce premier cobaye a succombé au bout de trente-six heures environ. Au point du poumon où on avait injecté le liquide, existait une zone de couleur verdâtre, de consistance molle, d'aspect gangréneux particulier, mais rappelant absolument par son odeur caractéristique la gangrène du poumon de nos malades.

Chez le second cobaye, l'injection a été faite dans le tissu cellulaire sous-cutané : pas de phénomènes autres qu'une nodosité passagère au niveau de l'injection ; pas d'abcès, pas de phénomènes scepticémiques ou gangréneux.

Ces deux expériences nous paraissent insuffisantes pour que nous en tirions des conséquences absolues ; mais nous ne doutons pas qu'une fois l'attention appelée sur ce point de pathologie, des recherches ultérieures, tant cliniques qu'expérimentales, ne viennent apporter une confirmation à cette manière de voir, que l'on doit considérer la gangrène pulmonaire comme une entité pathologique spéciale, comme une véritable infection microbienne spécifique.

IV

Rétrécissement mitral. — Caillots ramollis de l'oreillette gauche ayant déterminé des embolies qui se sont manifestées seulement par de grands accès fébriles et par de la dyspnée. (*Revue de médecine*, 1887.)

Homme de trente-six ans, ayant fait, dans le service du professeur Lépine, deux séjours antérieurs pour un rhumatisme articulaire aigu. Pas d'autres antécédents morbides. — Du côté du cœur, on notait alors des battements sourds, irréguliers, sans frémissement ni souffle, mais présentant un dédoublement très net du deuxième bruit. — Dyspnée assez intense ; examen négatif de l'appareil respiratoire.

Sorti, les deux fois, très amélioré.

Le 5 juillet 1887, le malade rentre dans le service dans un état de dyspnée extraordinaire. — Teint livide, lèvres cyanosées. — Frissons très intenses. — Malaise indéfinissable sans angoisse précordiale.

A l'examen, accélération des mouvements respiratoires = 44 — et des battements du cœur = 160. — Amélioration rapide sous l'influence d'injections de morphine et d'éther.

Les jours suivants, accès de même nature, mais moins intenses, s'accompagnant d'une élévation de température allant jusqu'à 40°,5. — Signes stéthoscopiques semblables à ceux des séjours précédents : pas de frémissement; quelques irrégularités cardiaques; pas de souffle; dédoublement du second bruit. — Pas de signes morbides du côté des poumons. — Un peu d'oppression. — Les accès résistent à l'emploi de l'acétanilide à haute dose et de la quinine. — La rate, non augmentée de volume, éloignait, du reste, la pensée d'accès pernicieux à forme insolite.

Le 24 juillet, accès d'une violence extrême; la température monte à 41°. La dyspnée s'accuse davantage et le malade succombe.

Autopsie. — Congestion intense des deux poumons; à la coupe, il s'écoule une quantité abondante de sang noirâtre. — Aux bases, quelques noyaux d'infarctus pulmonaire. — La cause immédiate de la mort paraît être l'arrêt de la circulation pulmonaire.

Du côté du cœur, l'oreillette gauche est remplie par un caillot ancien, feuilleté, ramolli au centre, qui la comble presque complètement : l'orifice des veines pulmonaires est en partie oblitéré.

En détachant le caillot de l'endocarde auriculaire, on constate, sur la paroi postérieure, des lésions très nettes d'endocardite ancienne.

Rétrécissement mitral admettant à peine l'extrémité du

petit doigt. — Pas d'insuffisance. — Hypertrophie cardiaque considérable. — Hypertrophie très notable de l'oreillette droite.

Foie et rein cardiaques. Rate dure et scléreuse.

Du côté du cerveau, ramollissement récent, très limité, du corps strié droit.

Cette observation témoigne de la difficulté du diagnostic, dans certains cas, du rétrécissement mitral. Seul, le dédoublement du deuxième bruit pouvait le faire soupçonner.

La dilatation de l'oreillette et la présence d'un énorme caillot à son intérieur n'avaient donné lieu à aucun symptôme physique appréciable.

Les accès fébriles reconnaissaient vraisemblablement pour cause des embolies capillaires provenant du caillot de l'oreillette : la réalité de ces embolies est confirmée par l'existence du ramollissement cérébral constaté à l'autopsie. Les accès de dyspnée peuvent peut-être être mis sur le compte d'embolies bulbaires.

V

Thrombose des sinus de la dure-mère chez une chlorotique. (In thèse de PROBY (1), Lyon, 1889.)

Marie C..., âgée de 24 ans, entre le 11 septembre 1888 à l'Hôtel-Dieu.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

Comme antécédents morbides personnels, on ne note que la chorée à l'âge de 15 ans.

(1) Nous avons recueilli cette observation pendant une suppléance de médecin de l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Faivre ; et nous avons engagé le docteur Proby à la prendre pour point de départ de sa thèse inaugurale.

Depuis deux à trois ans, anémie compatible avec l'exercice de sa pénible profession.

Depuis un mois, l'état anémique s'est accusé.

Il y a huit jours, la malade a fait une longue course au soleil. Dès le soir, céphalalgie intense, accompagnée d'anorexie et d'insomnie qui ont persisté depuis, et qui lui font réclamer son admission à l'hôpital.

A l'examen, fille vigoureuse présentant une décoloration très intense des téguments et des muqueuses. — Pâleur verdâtre. — Facies chlorotique. — Embonpoint conservé. Le sang qui s'écoule d'une piqûre faite au doigt ne laisse sur le linge qu'une teinte saumonée pâle.

La malade est dans le decubitus dorsal, fortement abattue ; elle répond convenablement aux questions qu'on lui pose.

Elle se plaint d'une céphalalgie intense et continue, s'accompagnant d'une photophobie très accusée.

Ses pupilles sont normales, réagissent bien à la lumière.

Du côté du cœur, souffle systolique doux à maximum au foyer de l'artère pulmonaire. — Souffles cervical et céphalique intenses.

Pouls régulier.

Rien à noter du côté du poumon et des autres organes.

Pas de paralysie des membres ni de contracture. — Sensibilité de la face et des membres inférieurs fortement diminuée. — Abolition du réflexe pharyngien.

Acuité auditive normale. — Rien du côté des oreilles.

Pas d'albumine dans les urines. — Température normale.

Le 14 septembre, la malade paraît se trouver mieux. — Elle est soumise au traitement martial depuis son entrée.

Le 15 septembre. La malade est plus abattue ce matin. — Dans l'après-midi, brusquement, elle est prise de crises convulsives portant spécialement sur le tronc, la face et les membres supérieurs, survenant tous les quarts d'heure et durant 4 à 5 minutes.

La température = 38,3. — Les pupilles sont normales. Hyperesthésie généralisée des téguments. — Pas de vomissements. — Pas de paralysie. — Pas d'albumine dans les urines.

Le 16 septembre. L'état de crise s'est maintenu jusqu'à dix heures du soir, la veille. A ce moment s'est établi le coma, entrecoupé de cris déchirants.

Mort à une heure du soir.

Autopsie. — Rien à noter du côté des viscères, sauf une décoloration très accusée des organes, due à l'anémie. — Pas de caillots dans le cœur. — Pas trace de tuberculose dans les poumons.

Du côté du cerveau, thrombose du sinus longitudinal supérieur, du sinus latéral droit, des veines de Gallien, des veines de la convexité tributaires des troncs thrombosés. — Deux énormes ramollissements symétriques ayant réduit en bouillie la majeure partie de la superficie des lobes moyens et postérieurs. — Deux ramollissements symétriques dans les couches optiques. — Pas trace de méningite. — L'examen le plus minutieux ne permet de reconnaître aucun tubercule.

Cette observation est la première, publiée en France, de cette redoutable complication de la chlorose. Cette localisation de la thrombose veineuse des chlorotiques est tout à fait exceptionnelle. Dans nos recherches bibliographiques, nous n'en avons pu retrouver que cinq, dont quatre prêtent largement le flanc à la critique. Seule, une observation du docteur Tückwell peut être mise, sans conteste, à côté de la nôtre, dont nous venons de donner un résumé.

VERSAILLES, IMPRIMERIE CERF ET Cie, 59, RUE DUPLESSIS.

VI

Croup. — Intubation prolongée pendant six mois
(*Bulletin médical du Nord*, 1896).

Cette observation est tout particulièrement intéressante. Tout d'abord la durée de l'intubation dépasse et de beaucoup la durée observee par les auteurs : tandis que l'enfant a gardé son tube 176 jours, les deux observations qui viennent après ne signalent qu'une intubation de 52 jours (Egidi), et de 75 jours (Meslay).

En outre, la manière dont le larynx a supporté son contact si prolongé avec un corps étranger a été remarquable. L'examen laryngoscopique que nous avons pratiqué nous a montré l'intégrité du larynx.

Enfin, ce n'est qu'après de longs efforts que la petite malade a pu être détubée : à maintes reprises les tentatives de détubage furent suivies d'accidents dyspnéiques exigeant immédiatement la réintubation. A quoi étaient dus ces accidents dyspneiques? Nous les rattachons, après une discussion approfondie, à une paralysie concomitante des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, due à la compression des récurrents par une adénopathie trachéo-bronchique.

VIII

De l'étroitesse congénitale de l'anneau cricoïdien comme obstacle au tubage, dans le traitement du croup (In thèse de d'Orgères, Lille, 1896).

Cette cause de difficulté du tubage n'avait encore été signalée par aucun auteur quand nous eûmes l'occasion de la reconnaître en pratiquant le tubage chez un enfant de quatre ans. L'interne du service avait eu recours à nous,

ne pouvant tuber le petit malade parce qu'il croyait être en face d'un « spasme invincible ». Nous arrivâmes rapidement, à l'aide d'une manœuvre fort simple, à nous rendre compte que l'obstacle siégeait, non au niveau des cordes vocales, mais au-dessous. De fait, le tubage fut aisément pratiqué avec le tube du numéro correspondant à l'âge de deux ans. Fait curieux, n'ayant pas de tube libre de cette dimension, nous avions détubé, pour nous le procurer, un enfant de 2 ans 1/2. Et ce dernier enfant, nous pûmes le retuber avec le tube que n'admettait pas le larynx de l'enfant de 4 ans !

Cette observation nous permettait donc d'affirmer et qu'il y avait des larynx congénitalement trop étroits pour l'admission du tube correspondant à l'âge du patient, et que, réciproquement, il en était de suffisamment larges pour tolérer l'introduction de tubes destinés à des enfants plus âgés de quelques années.

Plusieurs semaines après, nous avions la confirmation anatomique du fait chez un enfant de 4 ans qui succomba quelques jours après que nous l'eussions trachéotomisé, les tentatives de tubage n'ayant pu aboutir chez lui à cause d'un état tout à fait syncopal : à l'autopsie, le larynx détaché du corps n'admettait ni le tube du numéro correspondant à l'âge de 3 à 4 ans, ni même à l'âge de 2 ans ! L'obstacle était constitué par un anneau cricoïdien extrêmement étroit.

Ces faits sont très intéressants, d'autant plus qu'avant la publication de la thèse où ils étaient relatés, et postérieurement à la première observation rapportée ci-dessus, il n'existait qu'une mention de semblable obstacle au tubage, dans la littérature : une observation de Bensaude et Rist signalant qu'à l'autopsie d'un enfant on avait rencontré les mêmes conditions anatomiques que dans notre second cas. Pendant la vie, l'obstacle avait été pris pour un spasme invincible des muscles du larynx.

Nous sommes convaincu que dans la majorité des cas, ces spasmes prétendus invincibles ne sont que des larynx étroits, et que si l'on avait recours à des tubes de numéro inférieur à celui correspondant à l'âge du patient, on réussirait au lieu que l'on avait généralement alors recours à la trachéotomie.

Telles sont les idées que nous avons soutenues dans le travail que nous analysons, et qui, croyons-nous, méritaient une mention un peu étendue.

IX

Leçons sur l'hygiène alimentaire du nouveau-né (*Nord médical*, 15 août, 1er septembre 1896).

Ces leçons étant plutôt la mise au point d'une question bien connue, qu'un travail original, nous ne les analysons pas.

VII

Intervention chirurgicale et particulièrement ponction lombaire rachidienne dans le cours de la méningite tuberculeuse (*Nord médical*, 15 février 1896).

Étude rapide de la question, plus développée en ce qui concerne la ponction rachidienne, avec relation d'une observation personnelle. Au moment où nous faisions cette leçon, l'usage de la ponction rachidienne était fort peu répandu en France.

XXV

Forme anormale du paramyoclonus multiplex de Friedreich (*Société centrale de médecine du Nord*, janvier 1898) (En collaboration avec M. Mouton).

C'est en 1881 que Friedreich publia l'observation qui

devait servir à l'édification d'un nouveau type morbide. Depuis lors, les observations se sont multipliées, chacune s'écartant toujours plus ou moins du cas type de Friedreich, et Unverricht en 1891 pouvait répartir en cinq catégories bien différentes les malades dont l'observation avait été publiée sous le nom de paramyoclonus de Friedreich.

Notre malade, lui aussi, s'écarte très sensiblement du type de l'observation première de Friedreich, tout en appartenant indubitablement au groupe des cas qui ont été peu à peu annexés à la nouvelle entité morbide. Nous faisions remarquer à ce propos combien artificiel était le groupement adopté, et combien plus naturelle nous semblait la conception défendue par le professeur Raymond qui, sous le nom de myoclonies, range toute une série d'états morbides convulsifs allant de la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron et du paramyoclonus primitif de Friedreich, jusqu'à la maladie des tics de Guinon et Gilles de la Tourette.

XXVI

Un cas de maladie des tics. — *Société centrale de médecine du Nord*, 1898 (En collaboration avec M. Raviart).

C'est par contraste avec le malade du numéro XXV que nous avons présenté celui-ci qui offrait un cas absolument typique de la maladie des tics.

XXVIII

Hémi-athéotose pure consécutive à la variole, chez un enfant de 11 ans (En collaboration avec M. Raviart). *Société centrale de médecine du Nord*, juillet 1898.

Enfant bien portant jusqu'à l'âge de 8 mois. A ce

moment, variole débutant par des accès convulsifs, et évoluant en 4 semaines. Quant l'enfant se relève, on constate un état parétique du côté gauche qui fait en quelques semaines place à de l'hémi-athétose. Depuis l'âge de 1 an, l'affection ne s'est pas atténuée.

Actuellement, cas fort intéressant d'hémi-athétose pure, sans paralysie ni contracture permanente. Mouvements assez étendus et tout-à-fait typiques de la main. Mouvements du pied gênant la marche. Pas de traces d'atrophie des membres atteints, ni de troubles trophiques.

Comme pathogénie, notre petit malade rentre dans le groupe général englobé sous l'expression « hémiplégie spasmodique infantile. » La lésion cérébrale de la première enfance doit évidemment constituer une sorte d'épine irritant le faisceau pyramidal cérébral, d'où les mouvements observés.

XVI

Tumeur sarcomateuse du pharynx et de la langue
(En collaboration avec M. le docteur Gaudier) *Soc. cent. médic. Nord*, 1897.

Observation tout-à-fait rare à laquelle nous n'avons trouvé aucune vraiment analogue dans nos recherches bibliographiques.

XXVII

Hémorrhagie foudroyante par perforation de l'artère splénique dans un cas d'ulcères latents de l'estomac
(En collaboration avec M. Mouton). *Soc. cent. méd. Nord*, 1898.

Observation fort intéressante au point de vue anatomo-pathologique : deux ulcères pénétrants situés l'un en avant, l'autre en arrière, s'étaient creusé une loge

aux dépens du foie et du pancréas; et au point de vue de la considération des ressources que pourrait offrir la chirurgie stomacale dans des cas analogues.

X

Radiographie et radioscopie, leurs applications aux Sciences médicales (*Echo médical du Nord*, janvier 1897).

Simple revue générale, ne valant que par la quantité considérable de documents compulsés et ne méritant pas d'analyse spéciale.

XXIV

De la lutte contre la Tuberculose (Conférence d'enseignement supérieur, résumée dans le *Bulletin de l'Université de Lille* de janvier 1898).

Même observation que pour le numéro X.

B. — Dermatologie et Syphiligraphie

XIII

De l'utilité de la photographie et spécialement de la photographie stéréoscopique dans l'enseignement des maladies de la peau (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

Lorsque nous fûmes chargé de remplacer dans son enseignement le professeur Leloir, nous nous trouvâmes dans l'obligation d'initier nos élèves à l'étude de la dermatologie et de la syphiligraphie sans pouvoir nous aider de moulages ou de reproductions iconographiques, toutes les collections du service ayant été détruites par l'incendie de l'hôpital Saint-Sauveur. Les crédits nécessaires à l'acquisition de moulages nous faisant défaut, nous resolûmes d'installer dans notre service un atelier de photographie qui nous permît de reconstituer, dans la mesure du possible, ce que le feu avait dévoré. Nous fûmes largement aidé dans cette tâche, d'abord par M. le D[r] Dhaine, puis par nos élèves, dont plusieurs se sont révélés photographes exercés.

Cette installation nous permet de conserver dans les archives du service, la reproduction de tous les cas intéressants et facilitent considérablement l'instruction des élèves. A l'heure qu'il est, nous possédons déjà la reproduction des types cliniques les plus fréquemment observés et les plus utiles à bien connaître.

XII

Un cas de lèpre mixte d'emblée (*Société centrale de médecine du Nord*, 26 février 1897).

Le malade dont il s'agit est un ancien soldat de l'armée néerlandaise, à Java, originaire de Belgique, et dont l'histoire clinique offre un vif intérêt. Tout d'abord, les premiers symptômes de la lèpre ne parurent que douze ans après son retour de Java, temps d'incubation beaucoup plus long que d'ordinaire. En outre, dès le début, il eut à la fois des tubercules lépreux, localisés surtout à la face, et des troubles trophiques unis à des altérations de la sensibilité du côté des membres inférieurs, bref la forme mixte de la lèpre. C'est là un fait très-exceptionnel et sur lequel nous avons insisté.

XV

Un cas intéressant de mélanodermie (En collaboration avec M. le Pr DUBAR) (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

Cas très curieux de pigmentation gris bleuté, très accusée de la face, des mains et des bras, chez un homme d'une soixantaine d'années. Tache pigmentaire de la langue et du voile du palais. Pour établir le diagnostic, nous avons passé en revue les différentes formes de mélanodermie aujourd'hui assez bien connues en procédant, pour arriver à nous faire une opinion raisonnée, par exclusion. Et nous avons été amené à conclure que notre malade ne rentrait exactement dans aucune, les deux facteurs qui semblent prédominer chez lui comme comme cause étiologique sont : sa profession, il est chauffeur ; et une cyanose due à une affection cardio-pulmonaire assez accusée.

XXIII

Un cas intérsssant d'altérations unguéales chez uns jsuns fsmms. Intsrprétation dss lésions (*Société centrale de médecine du Nord*, 1897).

La pathologie des ongles est un chapitre encorc mal connu de la dermatologie. Les lésions présentées par notre malads étaient très-curieuses. On pouvait hésiter entre une trophonévrose chez une hystérique, une affection mycosique, de l'eczéma des ongles.

C'est à la dernière hypothèse que nous nous rattachâmes.

XXIX

Un cas ds psoriasis atypiqus (*Société centrale de médecine du Nord*, juillet 1898).

Large et unique plaque de psoriasis ds la face antérieure de la jambe chez un jeune homme. Lésion dont l'évolution ultérieure fut intéressante, et que nous faisons connaître grâce à des photographies et stéréoscopies.

XVII

Epithélioms grsffé sur un lupus ds la facs sn trois points différsnts (En collaboration avec M. Boulogne). (*Société centrale de médecine du Nord*, mai 1897).

XX

De l'épithélioms ss dévsloppant sur un lupus (*Echo médical du Nord*, octobre 1897).

Nous avons observé, dans notre service, en l'espace

de 14 mois, trois exemples de cette complication assez rare du lupus, puisque sur mille cas de lupus observés, par exemple, Leloir ne l'avait notée que 15 fois. — Cela nous a permis d'en faire une rapide étude d'ensemble.

De nos trois cas, deux appartenaient à ce qu'on a appelé le type bourgeonnant, le troisième appartenait à la forme dite ulcéreuse. C'est celui que nous avons présenté à la Société centrale de médecine. Cette dernière observation était intéressante par ce fait que l'épithéliome s'était développé simultanément par trois foyers différents. Il n'existe de cas semblables que cinq ou six dans la science, et encore, dans la plupart de ces observations, on n'observait que deux points de développement du néoplasme.

XXI

Du traitement du lupus circonscrit par l'exérèse (*Soc. centr. de médecine du Nord*, 12 novemb. 1897).

XXII

Autoplastie, à l'aide d'un lambeau de peau pris sur le bras, consécutive à l'ablation d'un lupus du centre de la joue (*Soc. centr. de médecine du Nord*, 26 novemb. 1897).

Lorsqu'un lupus est peu étendu et qu'il est situé sur un point des téguments où une cicatrice n'a que peu d'inconvénients, nous sommes partisan d'une ablation complète, par le bistouri, comme s'il s'agissait d'une tumeur maligne. Une suture bien faite et l'antisepsie assureront la réunion immédiate en quelques jours. En pareil cas, la réparation est certainement plus rapide qu'avec une cautérisation

profonde, et si l'ablation a dépassé les limites du mal, la récidive ne paraît pas à craindre.

Dans certains cas, et même le plus souvent, le siège du lupus à la face menace, avec ce traitement radical, le malade d'une large cicatrice, cicatrice que ne saurait non plus éviter l'emploi du râclage ou de la cautérisation. Pourquoi, alors, ne pas essayer une autoplastie qui obviera à la difformité menaçante.

C'est ce que nous avons fait pour un lupus du centre de la joue, de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, chez un jeune garçon. Le point le plus intéressant de l'observation consiste en ceci que nous avons pris notre lambeau autoplastique à la face interne du bras du malade, ce lambeau n'était pas seulement un copeau dermo-épidermique comme dans les observations publiées à l'étranger, et visant des cas analogues, suivant la méthode d'Ollier-Thiersch, mais comprenait toute l'épaisseur du tégument. Le résultat fut excellent, nous présentâmes du reste à la Société le malade après l'opération. Nous l'avons revu depuis : il n'a pour ainsi dire pas de cicatrice.

XVIII

Deux cas de lupus tuberculeux traités par le mercure à haute dose et l'iodure de potassium (*Société centrale de médecine du Nord*, mai 1897).

XXXI

Du traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur (*Echo médical du Nord*, 10 juillet 1898).

L'incurabilité du lupus à l'aide du seul traitement interne a été, jusque il y a deux ans, un dogme admis

par tous les dermatologistes. Tout ce que l'on admettait c'est que les bons résultats obtenus dans certains cas de lésions lupiformes par le traitement mercuriel et ioduré, provenaient de ce fait que le thérapeute avait fait une erreur de diagnostic, que croyant avoir traité une tuberculose cutanée, il avait traité une syphilide. C'est dans cette matière que régnait en maître l'axiome « Naturam morborum ostendunt curationes ».

Une observation de véritable lupus, au point de vue clinique et au point de vue de l'évolution, guéri par des injections de calomel dans les muscles de la fesse, fut publiée par M. Fournier en mai 1896 et fit poser la question de l'action du mercure sur le lupus vrai.

Nous appliquâmes le traitement mixte dans une observation analogue, avec M. le professeur Folet, et nous eûmes un succès absolument complet : un lupus typique en papillon du nez, ayant récidivé sur place deux fois après un énergique traitement local chez une femme non syphilitique, disparut absolument en 20 jours par le seul traitement interne. Dans une seconde observation, où il s'agissait d'un véritable lupus vorax que les interventions les plus énergiques appliquées *in situ* n'avaient pu arrêter, le traitement mercuriel et ioduré non seulement obtint cet arrêt, mais une rétrocession très accusée du mal. Ce sont les deux cas que nous présentâmes à la Société centrale de médecine en mai 1897.

Depuis lors, nous avons continué cette thérapeutique, et nous avons pu dans une étude d'ensemble, basée sur 13 observations personnelles et sur celles fournies par la littérature, étudier complètement les résultats obtenus.

Personnellement, sur 13 cas, nous avons eu un succès complet; quatre cas dans lesquels la rétrocession a été très accusée, si la guérison n'a pas été complète; trois cas d'amélioration encore incontestable, mais moins marquée;

enfin, dans cinq cas il ne nous a pas semblé que les malades aient retiré un bénéfice appréciable du traitement.

En résumé, nous considérons l'emploi des injections intra-musculaires de composés mercuriels comme une véritable conquête thérapeutique dans le traitement du lupus, et qui, dans certain nombre de cas, est susceptible de provoquer une excellente action médicatrice.

XIX

Comment se comportent les exanthèmes de la syphilis et des fièvres éruptives sur les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques d'origine centrale (*Echo médical du Nord*, juillet 1897).

Nous avons été à même d'observer coup sur coup deux faits absolument semblables, ne différant que par le degré, consistant en ceci que deux malades atteints dans leur première enfance d'hémiplégie spasmodique ayant laissé de l'atrophie, des contractures permanentes, des troubles de calorification dans les membres lésés, ont vu les manifestations cutanées de la syphilis se localiser du côté sain, en respectant presque complètement dans un cas, beaucoup moins dans l'autre, les membres affectés de contracture.

Il existe dans la science quelques rares observations (six ou sept en tout) de cas analogues concernant soit la syphilis, soit les fièvres éruptives.

En rapprochant ces cas de nos propres observations, nous avons essayé de chercher le pourquoi de ces singulières localisations. Nous avons étudié la pathogénie des éruptions au cours des maladies infectieuses, marqué l'influence prépondérante du système vaso-moteur dans leur répartition et admis que les lésions, cause de l'hémiplégie spasmodique, portaient aussi leur action

sur les centres vaso-moteurs, en provoquaient de cette façon le manque de concordance dans les manifestations cutanées des deux côtés du corps.

XI

Syphilis et irritation (*Echo Médical du Nord*).

Nous avons étudié, dans cette leçon, le cas intéressant d'un de nos malades atteint de syphilis maligne à manifestations sans cesse récidivantes, malgré la rigueur du traitement spécifique. A sa dernière entrée dans le service de la clinique, il présentait une éruption de syphilides tuberculo-croûteuses, localisées exclusivement sur les points de pression.

Commissionnaire de son état, il portait les fardeaux sur la nuque, l'épaule droite, et avait encore l'habitude de tirer une petite voiture à l'aide d'une bretelle passant sur le devant du thorax, de la clavicule droite à l'épaule gauche. Tous ces points étaient absolument dessinés par l'éruption.

A propos de ce cas, nous recherchions les observations analogues dans la littérature, et étudiions aussi le rôle des frottements physiologiques dans la localisation habituelle des manifestations syphilitiques.

XIV

Gomme syphilitique de l'amygdale et du pharynx (en collaboration avec M. le Dr Gaudier). (*Echo médical du Nord*, 1897).

Cette affection de la gorge, véritablement très rare, nous a permis, à propos d'une observation personnelle,

de faire l'histoire à peu près complète de cette localisation spécifique. Natier, en 1891, qui avait déjà traité le même sujet, semble avoir compris dans les gommes de l'amygdale une manifestation particulière, décrite depuis par Moure et Mendel, d'origine vraisemblablement infectieuse, banale, et qui n'a rien de syphilitique. Même en comprenant ces derniers cas, Natier n'était arrivé qu'à réunir 15 observations.

Nous avons tâché d'établir solidement les éléments d'un diagnostic différentiel. Dans notre cas, le traitement spécifique fit véritablement merveille.

XXX

Recherches sur la sérothérapie de la syphilis

(*Soc. cent. de médecine du Nord*, juillet 1898).

Dans cette communication, nous avons rendu compte de recherches poursuivies, depuis dix-huit mois, concernant la sérothérapie dans le traitement de la syphilis. Ces recherches ont un double intérêt, d'abord l'intérêt thérapeutique qui les justifie, ensuite l'intérêt physiologique : on peut, en effet, considérer presque toujours le syphilitique comme un individu normal au point de vue de son état général et de ses réactions vis-à-vis de tel ou tel agent médicamenteux.

En étudiant par conséquent les réactions organiques du syphilitique vis-à-vis du sérum sanguin d'animaux, on peut se rendre compte des modifications produites par ce sérum indépendamment d'actions perturbatrices dues à des affections fébriles contre lesquelles la sérothérapie est le plus souvent mise en œuvre.

Le point de départ de nos recherches a été une communication du docteur Béclère à la Société médicale des

hôpitaux en janvier 1896 : cet auteur avait employé avec succès le sérum de génisses vaccinées dans le traitement de la variole. Ce qu'il y avait de plus intéressant dans sa communication, c'était la quantité de sérum injecté qui n'était pas moindre que le cinquantième du poids du corps des malades soumis au traitement. M. Béclére déclarait même que chez les enfants on pouvait aller jusqu'au vingtième du poids. Chez une femme dont il rapportait l'observation, il avait été injecté 1.500 centimètres cubes sous la peau des flancs, en une heure ; la réaction générale qui s'en était suivie était presque insignifiante.

Fort de cette communication, nous tentâmes l'emploi du sérum de génisse chez des syphilitiques : on sait que dans plusieurs infections, la tuberculose notamment, on a tenté d'utiliser le sérum d'animaux réfractaires à l'infection qu'il s'agit de combattre. Les animaux, et en particulier les bovidés, étant réfractaires à la syphilis, peut-être leur sérum, employé à haute dose, révélerait-il des propriétés anti-syphilitiques. Ce sont, du reste, des recherches déjà tentées de nombreux côtés.

Les premières injections furent de quantité dix fois moindre que celle indiquée par le Dr Béclère, soit 150 c. c. de sérum. Or, nous obtînmes des réactions extrêmement énergiques. En six heures, la température normale de 37° monte à 40° et au-dessus. Dans un cas, nous eûmes une ascension supérieure à 41°5.

En dehors de cette hyperthermie qui dure peu, la température demandant vingt-quatre à trente-six heures pour redevenir normale, il n'y eut pas d'accidents, sauf dans deux ou trois cas. Chez un jeune homme de dix-neuf ans, il y eut pendant trois à quatre jours de la mollesse du pouls, des battements du cœur affaiblis, de la dyspnée. Mais tout rentra dans l'ordre rapidement. Chez deux autres malades, quelques phénomènes pulmonaires tels que dyspnée, et

râles fins aux bases. Jamais il n'y eut rien du côté des reins : jamais de traces d'albuminurie.

Nous diminuâmes alors les doses, avec 70 c. c., nous eûmes encore des élévations à 40°.

Dans un travail expérimental publié dans les Annales de l'Institut Pasteur, MM. Béclère, Chambon et St-Yves Ménard avaient signalé que le chauffage à 58° enlevait au sérum de bovidés son action hyperthermitante, chez des animaux, il est vrai, de la même espèce. Nous employâmes du sérum de génisse ainsi chauffé, et nous n'avons noté en aucune mesure une diminution de la fièvre provoquée chez l'homme.

On sait qu'un certain nombre de poisons végétaux ou organiques, tels que la ricine, l'abrine, le venin des serpents, laissent, après avoir produit leur effet toxique sur un animal déterminé, cet animal plus ou moins réfractaire contre une nouvelle intoxication par le même poison. En d'autres termes, il y a dans ces cas une véritable vaccination.

Le sérum sanguin est-il susceptible, après avoir occasionné par son injection sous-cutanée, des accès fébriles, de provoquer un certain degré d'immunité contre les effets d'une injection ultérieure? Si oui, combien de temps faut-il attendre pour voir cette immunité être constituée? Combien de temps, pour la voir s'atténuer et disparaître?

Nous avons essayé de répondre à ces questions, et les nombreux tracés que nous avons fait passer sous les yeux de la Société de Médecine du Nord à l'appui de chaque point de notre communication témoignent que l'immunité est loin d'être complète. Une première injection de sérum diminue simplement, sans le faire disparaître, l'accès fébrile provoqué par une injection ultérieure. L'action d'atténuation n'est pas produite cinq jours après la première injection; elle a complètement disparu quarante-deux jours après. Ces dernières conclusions ne résultent

du reste que d'un nombre trop limité d'expériences pour avoir une valeur absolue. Seule l'action atténuante paraît absolument démontrée.

Nous avons poursuivi des recherches analogues avec le sérum de cheval qui s'est montré infiniment moins actif : l'ascension ne dépasse guère dans ce cas 38°5 à 39°. Nous avons noté les mêmes effets de vaccination que pour le sérum des bovidés.

Nous nous sommes servi aussi de sérum antidiphtéritique : aucune différence entre son action et celui du sérum de cheval normal. Nous devions le sérum mis en expérience à l'obligeance du Dr Calmette.

Au point de vue thérapeutique, les malades ayant subi le traitement sero-thérapique sans traitement mercuriel, ont vu rapidement disparaître la plupart de leurs accidents. Y a-t-il là quelque chose de spécifique? Nous ne le supposons pas. Nous croyons que l'action curative est due à la fièvre provoquée : on a là ce qu'on observe après un érysipèle, une angine, etc., etc., à la suite desquels on voit souvent disparaître des manifestations syphilitiques.

Nous avons rapporté à ce sujet l'observation d'un homme affecté de deux énormes indurations chancreuses syphilitiques qui résistèrent au traitement spécifique intensif pendant un mois, et disparurent en quelques jours à la suite d'une angine aiguë très fébrile.

C'est de la même façon qu'agirait, à notre avis, le traitement sérothérapique tel que nous l'avons institué chez nos malades.
